

奈良県医療機能報告書（助産所用）

【目次】

No.	項 目	
1	連絡担当者	1
2	基本情報	
	（1）助産所の名称	1
	（2）助産所の開設者	2
	（3）助産所の管理者	2
	（4）助産所の所在地	2
	（5）助産所の案内用電話番号及びFAX番号	3
	（6）就業日及び就業時間（外来受付時間）など	3
	（7）休業日	4
3	助産所へのアクセス	
	（1）助産所までの主な利用交通手段	5
	（2）助産所の駐車場	5
	（3）案内用ホームページアドレス	5
	（4）案内用電子メールアドレス	5
	（5）時間外における対応	6
	（6）面会の日及び時間帯	6
4	助産所内サービス・アメニティ	
	（1）対応することができる外国語の種類	7
	（2）障害者に対するサービス内容	8
	（3）車椅子利用者に対するサービス内容	8
	（4）受動喫煙を防止するための措置	8
5	費用負担等	
	（1）クレジットカードによる料金の支払いの可否	8
6	診療内容、提供保健・医療・介護サービス	
	（1）提供サービス	8
	（2）助産所の業務形態	8
7	医療の実績、結果に関する事項	
	（1）助産所の人員配置	9
	（2）分娩取扱数	9
	（3）妊産婦等満足度調査	9
	（4）（財）日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償の有無	9

【1 連絡担当者】

本報告書の記入内容に関して、お問い合わせをさせていただき担当者を記入してください。

記入日	平成		年		月		日	
記入者								
役職名								
連絡先電話番号				-			-	内線
連絡先FAX番号				-			-	
電子メールアドレス								

【2 基本情報】

(1) 助産所の名称

※貴院の正式名称と略称を記入してください。

正式名称フリガナ (医療法届出正式名称)																		
正式名称 (医療法届出正式名称)																		
略称フリガナ ※通常簡略化して使用されている 名称を記入してください。																		
略称 ※通常簡略化して使用されている 名称を記入してください。																		
英語表記 (ローマ字表記)																		

(ローマ字表記記入例)

・〇〇助産所 → MaruMaru Josanjo

(7) 休業日

休業日について、該当する項目に「○」を記入してください。

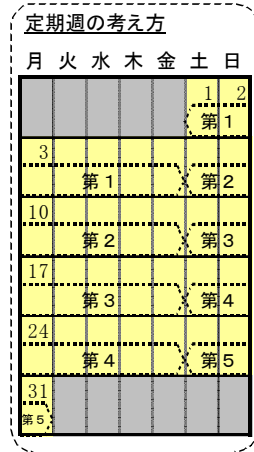
該当する曜日に「○」を記入してください。

※休業として「○」を記入した曜日について、『(6) 就業日、及び就業時間（外来受付時間）など』で該当の曜日に記入がある場合、その曜日の就業時間帯は『(6) 就業日、及び就業時間（外来受付時間）など』で記入された時間帯を無効として登録しませんので、注意してください。

毎週決まった曜日に休業	月	火	水	木	金	土	日

該当する週、曜日に「○」を記入してください。

決まった週に休業 (定期週)		月	火	水	木	金	土	日
	第1							
	第2							
	第3							
	第4							
	第5							



祝日に休業する場合、「○」を記入してください。

祝日に休業	
-------	--

年末年始、お盆等、休業日として設定されている日を記入してください。

その他の休業日		月		日		月		日		月		日
		月		日		月		日		月		日
		月		日		月		日		月		日
		月		日		月		日		月		日
		月		日		月		日		月		日
		月		日		月		日		月		日
		月		日		月		日		月		日
		月		日		月		日		月		日
		月		日		月		日		月		日

(5) 時間外における対応

時間外における対応を実施している場合、「該当」欄に「○」を記入してください。

項目名	該当
01 就業時間外における対応が可能	

(6) 面会の日及び時間帯

面会時間の指定の有無について、該当する項目に「○」を記入してください。

時間指定あり・・・ 時間指定なし・・・ 面会なし・・・

※「時間指定あり」の場合、曜日と面会時間について記入してください。

※面会時間の時間帯は24時間表示で記入してください。

1. 全ての曜日で同じ・・・

時間帯 1		時		分～		時		分まで
時間帯 2		時		分～		時		分まで
時間帯 3		時		分～		時		分まで

2. 曜日毎に異なる・・・

	曜日								面会時間								
	月	火	水	木	金	土	日	祝									
01									時間帯 1		時		分～		時		分まで
									時間帯 2		時		分～		時		分まで
									時間帯 3		時		分～		時		分まで
02									時間帯 1		時		分～		時		分まで
									時間帯 2		時		分～		時		分まで
									時間帯 3		時		分～		時		分まで
03									時間帯 1		時		分～		時		分まで
									時間帯 2		時		分～		時		分まで
									時間帯 3		時		分～		時		分まで

【4 助産所内サービス・アメニティ】

(1) 対応することができる外国語の種類

該当する言語の対応レベルに○を記入してください。

レベル1	言葉に不自由することなく診療が可能
レベル2	日常会話程度の会話力ではあるが診療が可能
レベル3	会話の自信はないが図示や単語の羅列で診療が可能
レベル4	対応不可

言語名		対応レベル			
01	英語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
02	広東語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
03	北京語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
04	台湾語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
05	ハングル	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
06	タイ語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
07	フィリピン語 (タガログ語)	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
08	インドネシア語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
09	トルコ語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
10	フランス語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
11	ポルトガル語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
12	ドイツ語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
13	ロシア語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
14	イタリア語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
15	スペイン語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4

上記のほか常時対応できる外国語がある場合、外国語の種類を記入してください。

言語名	対応レベル		
	レベル1	レベル2	レベル3
	レベル1	レベル2	レベル3
	レベル1	レベル2	レベル3
	レベル1	レベル2	レベル3
	レベル1	レベル2	レベル3

(2) 障害者に対するサービス内容

実施及び設置しているものについて、「該当」欄に「○」を記入してください。

項目名	該当	項目名	該当
01 聴覚障害者への配慮（手話による対応）		04 視覚障害者への配慮（施設内点字ブロックの設置）	
02 聴覚障害者への配慮（施設内の情報の表示）		05 視覚障害者への配慮（点字による表示）	
03 視覚障害者への配慮（音声による情報の伝達）		06 ハートビル法による認定	

(3) 車椅子利用者に対するサービス内容

実施及び設置しているものについて、「該当」欄に「○」を記入してください。

項目名	該当	項目名	該当
01 車椅子利用者への配慮（施設のバリアフリー化の実施）		02 車椅子対応トイレ	

(4) 受動喫煙を防止するための措置

実施及び設置しているものについて、「該当」欄に「○」を記入してください。

項目名	該当	項目名	該当
01 施設内における全面禁煙の実施		02 喫煙室の設置	

【5 費用負担】

(1) クレジットカードによる料金の支払いの可否

クレジットカードでの支払いが可能な場合、「該当」欄に「○」を記入し、使用可能なカードの種類を記入してください。

項目名	該当
01 クレジットカードによる料金の支払いが可能	

使用可能なカードの種類																			

【6 診療内容、提供保健・医療・介護サービス】

実施及び設置しているものについて、「該当」欄に「○」を記入してください。

(1) 提供サービス

項目名	該当	項目名	該当
01 家族付き添い室の設置		05 家族計画指導（受胎児調節実施指導を含む）	
02 周産期相談		06 女性の健康相談	
03 母乳育児相談		07 訪問相談または訪問指導	
04 栄養相談			

(2) 助産所の業務形態

以下の項目に該当する場合、「該当」欄に「○」を記入してください。

項目名	該当	項目名	該当
01 助産所内における業務の実施		02 出張による業務の実施	

【7 医療の実績、結果に関する事項】

(1) 助産所の人員配置

平成20年4月1日現在の従事者数を、常勤、非常勤（※常勤換算）の別に記入してください。

※非常勤の常勤換算は、医療法上の算定式に基づき、小数点以下第1位までを算出して記載してください。

職 種	平成20年4月1日現在の従事者数（人）		
	総数	常勤	非常勤
	01	02	03
看護師及び准看護師	01		
助産師	02		

(2) 分娩取扱数

分娩を実施していれば「実施」欄に「○」を記入し、前年度（平成19年4月1日～平成20年3月31日）における分娩取扱数を記入してください。

項目名	実施	前年度件数				件
01 分娩取扱数						

(3) 妊産婦等満足度調査

実施しているものについて、該当する項目があれば「実施」欄に○を記入してください。

項目名	実施	項目名	実施
01 妊産婦等満足度の調査の実施の有無		02 妊産婦等満足度の調査結果の提供の有無	

(4) (財)日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償の有無

(財)日本医療機能評価機構を運営組織とする産科医療補償制度に加入している場合、「該当」欄に「○」を記入してください。

項目名	該当
01 (財)日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償の有無	